

E.D. C.A.S.

Ensemble **D**éfendons le **C**itoyen et l'**A**venir pour la **S**anté



Association Régie par la Loi du 01 Juillet 1901 et par le Décret du 16 Août 1901
Date de la fondation : 26 Novembre 1996

**21 Rue Paul Cézanne
41100 NAVEIL**

Tél. et Fax. : 02.54.73.91.91

E-mail : edcas.41@wanadoo.fr

Site Médical et Paramédical : www.edcas.org

La période estivale est propice à la lecture, les sorties, les échanges entre ami(e)s... enfin, de quoi confronter ses idées permettant ainsi un enrichissement des autres et de soi.

Je renouvelle mes remerciements à la présence active et très participative des auditeurs au colloque de Juin dernier concernant l'Ostéoporose ainsi que le Professeur MAUGARD du Service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de NANTES qui dénote d'une haute connaissance en la matière. Cela sera avec grands plaisirs de pouvoir l'inviter pour une nouvelle intervention sur un autre domaine scientifique qu'il maîtrise tout aussi bien.

Vos témoignages peuvent être diffusés et/ou si vous souhaitez voir développer des sujets spécifiques alors merci de vous faire connaître via notre site ou tout simplement par

écrit.

Vous êtes membres du corps de santé et personnes intéressées par l'entraide médicale et paramédicale et **vous aimeriez que l'association soit le moyen de présenter un thème qui vous tient à coeur alors nous sommes à votre écoute.**

Le Président,

Docteur Pierre BULLE

« Il est stupéfiant dans tous les sens du terme d'être autant sollicité par autrui qui, au moment voulu de l'aide vous ignore presque, voire trouve cela logique et estime que l'on devrait en faire davantage encore ! »

« Trop d'aide, tue l'aide »

Rodolf-Karel CANOY



Bulletin Info

N° 46

Juillet 2009

Dans ce numéro :

*Mieux vaut prévenir la
déperdition osseuse* | 2

*Qui a peur de
l'ostéopathie ?* | 4

La fatigue chez l'enfant | 5

*Médecine légale :
Détermination d'une
ITT* | 6

*Repérer le harcèlement
moral* | 7

***MALADIE
D'ALZHEIMER** :
L'accompagnement au
quotidien* | 8

*La fibromyalgie aussi
fréquente que méconnue* | 9

*Les prochaines
réunions* | 11

*Les membres du
bureau* | 12

*Numéros disponibles et
à paraître* | 14

Les recommandations de l'Assaps (janvier 2006) en matière de prévention ostéoporotique mettent les pendules à l'heure. Elles proposent un arbre décisionnel (voir schéma) en amont des fractures chez la femme ... ménopausée.

Traiter une ostéoporose installée n'élude pas une information préventive bien plus précoce, puisque l'adolescence est un moment privilégié pour constituer son capital osseux, particulièrement chez les filles. Cet avantage se retournant contre elles à la ménopause, il convient d'abord de préserver ce capital malgré les aléas de l'alimentation calcique

« L'hygiène de vie s'entend tout autant dans son propre équilibre en respectant simplement nos cinq besoins vitaux qui sont, je le rappelle : Boire, Manger, Dormir, Sexualité et Relations humaines (s y s t è m e Psychoaffectif) et là, infaillible tu seras ! ».

Rodolf-Karel CANOY

et de l'exposition solaire (vitamine D), les grossesses et surtout les allaitements qui consomment beaucoup de calcium maternel. À l'heure où le remboursement de la densitométrie osseuse est possible (à partir du 1^{er} juillet 2006), il faut savoir « évaluer les risques cliniques », rappelle l'Agence, pour justifier la prescription de cet examen. Pas question d'effondrer le rapport coût/bénéfice par des explorations à tout-va ! Outre les incontournables fractures sans traumatisme majeur, les antécédents personnels sont fiables: s'il y a une ménopause précoce (avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause), hypogonadisme prolongé, hypercorticisme (primaire ou corticothérapie prolongée, c'est-à-dire supérieure à trois mois), hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie non traitée. Notez l'importance d'un indice de masse corporelle bas « 19) qui fait rechercher des épisodes anorexiques sous nos climats. Les antécédents familiaux trouvent aussi leur place: fracture vertébrale ou pas, sans traumatisme majeur chez un parent du premier degré. Victoire du THS à dose efficace contre l'ostéoporose, celui-ci exonère le médecin de prescrire une ostéodensitométrie.

LE RISQUE FRACTURAIRE ORIENTE LA PRESCRIPTION

La densité osseuse n'est pas un ordre divin,

seulement un argument au sein des considérations fracturaires. Si l'âge reste le facteur le plus évident puis les antécédents de fractures (personnels et familiaux) bien sûr, une corticothérapie et une comorbidité lourde (plus de 3 maladies), il faut tenir compte d'un cancer du sein traité, d'un trouble neuromusculaire qui entraîne une immobilité plus ou moins nette (toute immobilisation longue est un risque), d'un tabagisme, d'une diminution de l'acuité visuelle. Les troubles interférant avec l'activité osseuse sont bien sûr les aménorrhées (primaires ou secondaires), les carences vitamino-calciques et l'augmentation des marqueurs de la résorption osseuse (tel le CTX sérique dosé à jeun à 8 heures du matin).

« Les apports de la visco-supplémentation contre l'arthrose »

Où placer la visco-supplémentation par acide hyaluronique (injection intra-articulaire) dans la thérapeutique de l'arthrose dégénérative?

Les travaux sur la visco-supplémentation datent de vingt ans; ce qui a permis d'accumuler les preuves cliniques de ses bénéfices. Le traitement trouve donc sa place au sein d'autres mesures antiarthrosiques, la première étant le traitement orthopédique (réduction du surpoids, semelles, genouillères). La seconde, le traitement antalgique, comprend les antalgiques de palier I ou II et les AINS. La troisième, ce sont les antiarthrosiques. La visco-supplémentation par acide hyaluronique est un appoint thérapeutique à cheval sur la chondroprotection (elle promeut l'activité chondrocytaire et synoviocytaire) et l'antalgie. Elle doit être entreprise hors période congestive (pas d'épanchement important) après avoir éliminé les autres causes de douleurs (laxité ligamentaire majeure, œdème osseux sous-chondral important, méniscose). La visco-supplémentation n'est pas une indication par défaut, c'est une indication positive.

Pourquoi pas en poussée congestive, et existe-t-il une bonne définition de la poussée congestive? Effectivement, nous n'avons pas de critères de poussées comme nous avons des critères d'arthrose. Voici la définition qui fonde ma pratique: douleur intense, au repos et surtout nocturne, épanchement synovial, amélioration nette par le traitement ad hoc de la poussée (évacuation de l'épanchement et

infiltration corticoïde). Dans ces périodes congestives, la visco-supplémentation est déconseillée parce que l'acide hyaluronique est dilué dans l'épanchement. L'état inflammatoire augmente le catabolisme enzymatique du produit et par ailleurs l'acide hyaluronique n'a qu'un faible effet anti-inflammatoire. La visco-supplémentation se discute à distance de l'accès. Il n'y a toutefois pas d'étude explorant son impact sur la fréquence des crises. Cela dit, certains patients sont plus «congestifs» que d'autres, indépendamment des traitements entrepris.

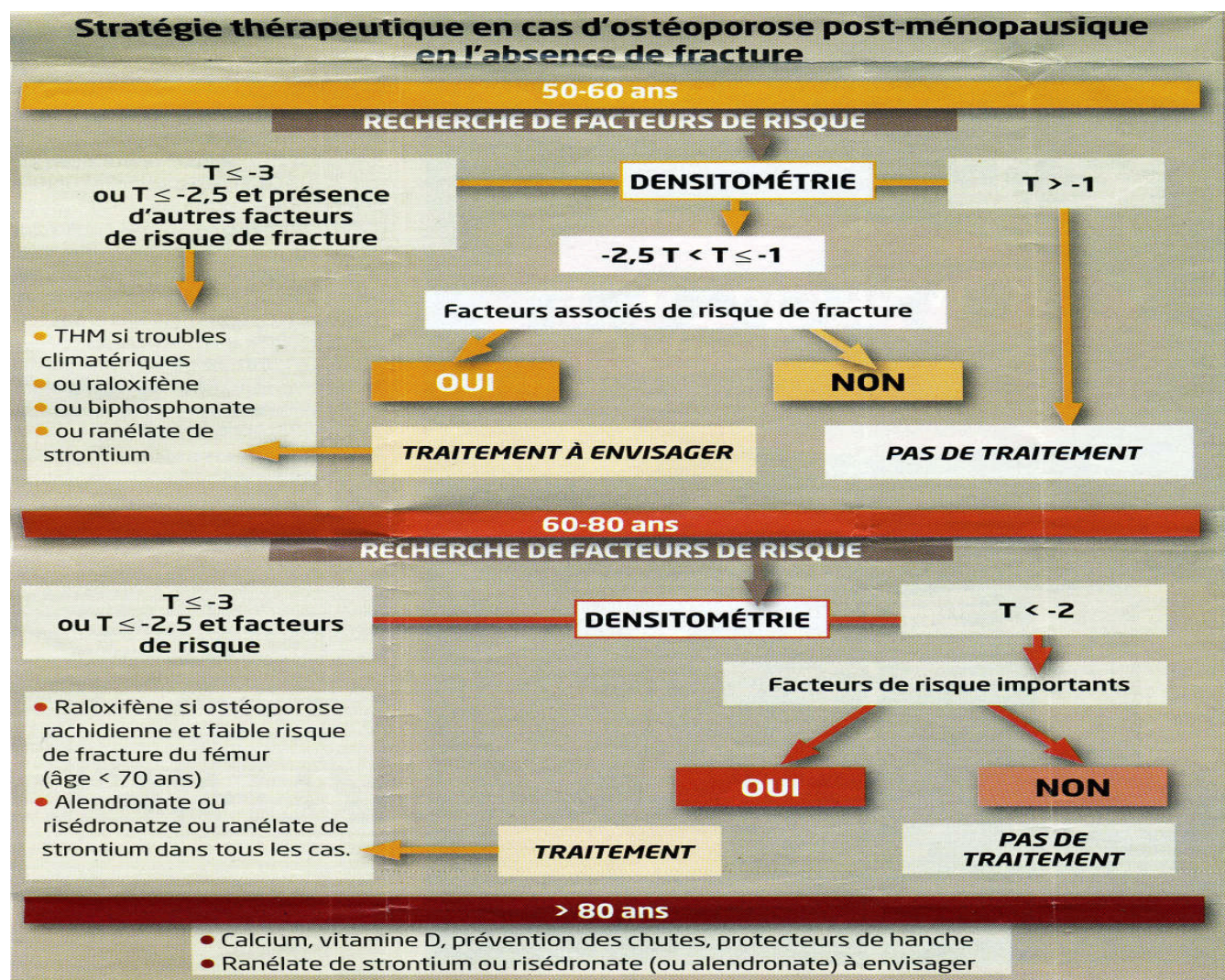
De nouveaux traitements vont-ils émerger des essais cliniques ? Nous commençons à évaluer les biothérapies (anti- TNF, anti-IL 1) déjà utilisées dans la polyarthrite, qui ont certainement un intérêt dans les poussées congestives d'arthrose. Un essai va débuter avec la Société française de rhumatologie dans l'arthrose déformante des

doigts. L'anti- TNF alfa sera prescrit en traitement court pour passer un cap hyperalgique. Des essais ont déjà eu lieu avec un inhibiteur de l'IL 1 intra-articulaire dans la gonarthrose. Mais nous devons être très prudents chez les personnes âgées, du fait des contre-indications.

Que faire en attendant la révolution thérapeutique ?

Le généraliste doit toujours évaluer l'arthrose (indices fonctionnels et algiques) afin de savoir à quel moment évolutif on se situe. Le traitement en tient compte et doit être précoce dans l'histoire arthrosique. L'indication idéale de la visco-supplémentation est le patient actif arthrosique vrai, qui souffre à l'effort durant son sport.

Dr Thierry CONROZIER (C.H. Lyon Sud)



Discipline mal connue mais très courue des patients, l'ostéopathie offre des solutions efficaces aux douleurs rachidiennes précises, aiguës ou chroniques. Un outil de plus contre la limitation douloureuse du mouvement.

«Le bon côté du nouveau parcours de soins, c'est que les patients sont incités à révéler à leur médecin traitant qu'ils consultent un ostéopathe, pour garder le bon remboursement de leurs soins, déclare le Dr Bertrand Tamalet, spécialiste de médecine physique et ostéopathe (Versailles). Cette publicité se révèle très favorable à notre spécialité que les confrères découvrent en "proximité". Si notre recrutement se fait très majoritairement par accès direct du patient (80-90%), les généralistes commencent à nous adresser des malades au vu des résultats qu'ils constatent dans leur patientèle.)) Cependant les critères pour adresser un patient à l'ostéopathe (médecin par sécurité) sont difficiles à déterminer.

« Il n'existe pas de recommandations pour les omnipraticiens, admet Bertrand Tamalet mais disons qu'une douleur rachidienne mécanique localisée, plutôt unilatérale, est plus fréquemment un dérangement fonctionnel, donc une bonne indication, contrairement aux douleurs diffuses ou à caractère inflammatoire (recrudescence nocturne) qui relèvent plus souvent d'une prise en charge globale.)) Une indication classique est le patient lombalgique qui cherche une solution alternative aux médicaments antalgiques, myorelaxants ou AINS. Que répond l'ostéopathe?

L'ostéopathie comprend de nombreuses techniques manuelles. Les plus connues sont les manipulations vertébrales, dans les limites du mouvement physiologique; elles corrigent un dérangement vertébral mineur (école du Pr Robert

Maigne).« Mais ce ne sont pas des amplitudes qu'on explore tous les jours ! reconnaît l'ostéopathe. Toutefois, chacun peut les atteindre en étirement passif à défaut d'une mobilisation active. »

PLUS D'UNE SÉANCE EST NÉCESSAIRE

Le craquement si impressionnant pour les patients n'est pas un critère de réussite du geste, ni d'échec. «Ne vous y fiez pas, ajoute le Dr Tamalet, le succès est obtenu quand les critères diagnostiques du dérangement vertébral ont disparu. Les blocages fonctionnels anciens nécessitent souvent plus d'une séance: un premier dérangement mineur entraîne des compensations fonctionnelles en chaîne aux autres étages vertébraux ou aux membres. Il faut les traiter toutes, dans le bon ordre, en sachant qu'une posture vicieuse a d'autant plus tendance à se réinstaller que le schéma neuromusculaire est ancien.» Les exercices prescrits par l'ostéopathe consolident utilement la manipulation.

La consultation ostéopathique dure de 20 à 40 minutes, selon la connaissance que le praticien a du patient. La prescription médicamenteuse d'accompagnement est possible. Côté radios, Bertrand Tamalet rappelle leur obligation selon les recommandations. «Or nous ne voyons pas tout dessus.

Un scanner est parfois nécessaire. Le confrère généraliste ne doit donc pas demander de radios avant notre consultation, à moins qu'il ait ses raisons de les prescrire. » Rappelons l'existence d'un DIU de médecine manuelle ostéopathique pour une éventuelle reconversion ...

Chez l'enfant, la fatigue doit inquiéter les parents et les amener à consulter pour leur enfant lorsqu'elle est importante, sans cause évidente, durable, résistante au repos ou si elle s'accompagne de signes anormaux (pâleur, amaigrissement, fièvre, maux de tête, enfant triste ...).

ENFANTS : certains sont pus touchés :

S'il est difficile d'échapper à la fatigue, on constate que certains enfants y sont plus sensibles.

Les homéopathes distinguent plusieurs typologies : les petits blonds aux yeux bleus, légèrement en surpoids et fatigables dans la journée; les petits bruns secs et nerveux qui connaissent des périodes d'hyperactivité, suivies de fatigue brutale.

Sont également touchés les enfants à tendance spasmophile, qui souffrent de fatigue par à-coups, ainsi que les enfants lymphatiques ayant des problèmes O.R.L. à répétition. Leur fatigue est souvent chronique.

FATIGUE : apprendre à la gérer :

Il faut en priorité programmer un "plan de repos" hebdomadaire, comme on planifie les activités.

Dans le cas d'une fatigue physique, il faut faire comprendre à l'enfant que lorsqu'il a moins envie de jouer ou que ses résultats scolaires sont en baisse, son organisme a besoin de repos et qu'il ne doit pas lutter.

Il faut veiller à son rythme de vie : des nuits longues, des trajets courts pour se rendre en classe ou aux diverses activités extrascolaires, une alimentation variée et équilibrée, des activités au grand air.

En cas de fatigue psychologique, il faudrait réussir à offrir à l'enfant une vie harmonieuse et sécurisante, dans un cadre détendu. Il est important de lui éviter des stress inutiles (bachotage précoce, projection de soi sur son enfant...).

TRAITEMENTS : que lui proposer ?

Si les médicaments antiasthéniques sont à éviter (ils donnent un coup de fouet artificiel), les médecines naturelles sont intéressantes car elles redynamisent son organisme.

• L'oligothérapie :

- Lors d'une fatigue faisant suite à une infection O.R.L., on donnera à l'enfant manganèse-cuivre.

- En cas de fatigue chronique et après réalisation d'examens complémentaires, on aura recours à cuivre-or-argent.

- Pour stimuler les défenses naturelles, penser au zinc.

Ces remèdes sont conseillés en cure de trois semaines à un mois.

• L'homéopathie:

- Les enfants souffrant de fatigue liée à une croissance très rapide prendront *Calcarea phosphorica*.

- Pour combattre une fatigue physique, on leur donnera *Arnica*.

- Trop d'efforts intellectuels se soigneront avec *Kalium phosphoricum*.

- Pour récupérer après un épisode infectieux, administrer *Silicea*.

Ces remèdes sont à prendre en 7 CH, à raison de quatre granules deux fois par jour, pendant trois semaines à un mois.

La fatigue est une alerte de l'organisme qu'il faut toujours prendre au sérieux. Dès qu'elle survient, les parents doivent habituer leur enfant à se reposer, pour récupérer rapidement.

CONSULTANT :

Dr JEAN-LOUP DERVAUX

Qu'est-ce qu'une ITT? La profession de la victime intervient-elle ? Par exemple, l'ITT est-elle la même : dans un cas de coups et blessures au visage avec préjudice esthétique temporaire pour un docker ou pour une hôtesse d'accueil ? Existe-t-il une ITT pour un nourrisson ? Quelle est la durée de l'ITT lorsqu'il y a un retentissement psychologique des coups et blessures ou de l'incident initial ? Que peut penser un juge si une ITT de neuf jours est déterminée pour des troubles psychologiques? (Dr F .../08)

RÉPONSE DE SOPHIE GROMB

PU-PH méd. lég., dir. labo méd. lég. et droit méd.
Victor Segalen, univ. Bordeaux-II

L'ITT indique l'incapacité totale du travail au sens du nouveau Code pénal entré en vigueur le 1er mars 1994. L'ITT peut recouvrir deux acceptions: l'ITT civile, servant de base à l'indemnisation d'une victime; son appréciation strictement médico-légale (pénale), exprimée en jours, qui va permettre de qualifier les violences à la personne. L'appréciation de l'ITT pour la qualification pénale ne doit pas être influencée par l'éventuelle profession de la victime. À titre d'exemple, il serait inconcevable qu'un chômeur ou une femme au foyer n'ait pas droit à une ITT.

À la lettre, l'ITT du docker ou de l'hôtesse de l'air, à violence égale, sera la même. Ce qui est quantifié dans l'ITT, c'est le résultat de la violence

en terme d'atteinte physique et/ou psycho-intellectuelle; le même geste violent pouvant avoir des conséquences différentes en fonction de la nature du sujet. Un nourrisson ou un enfant peuvent avoir une ITT, qui correspond à l'incapacité de se livrer à leurs activités habituelles, celles-ci pouvant être aller à l'école ou jouer.

Le retentissement psychologique est incontestablement pris en compte dans l'appréciation de l'ITT. Toutefois, il semble difficile pour un médecin non spécialisé en psychiatrie ou psychologie d'apprécier le réel retentissement psychologique chez une victime, et d'autant plus qu'il verrait le patient peu après ladite violence.

Une ITT dépassant huit jours fondée sur des troubles psychologiques doit, à notre sens, nécessiter impérativement un avis spécialisé pour éviter une appréciation trop protéiforme de ces derniers ...

Il y a beaucoup de contestation de l'appréciation de l'ITT, et c'est pour cette raison que les tribunaux de grande instance tendent à confier cette appréciation aux mêmes équipes, en général constituées par des médecins légistes.

Leur tâche est plus facile parce qu'ils n'ont aucune relation de soins avec la victime. Confier l'appréciation de l'ITT à des médecins spécialisés permet une relative uniformisation des décisions et évite aux médecins traitants de subir la pression de leur patient.

Parmi les nombreux facteurs professionnels délétères sur la santé, le stress psychosocial au travail est de plus en plus présent: charge mentale, frustrations diverses, manque de reconnaissance, intimidation, violence psychologique et cætera .

Ces différentes formes de harcèlement moral affectent préférentiellement les femmes et les sujets jeunes. Leur fréquence atteint 15 % des

« Le stress est le meilleur consultant en transmetteur du mal être médecine générale, humain autant pour soi-même que pour autrui. Il est dont 10 % aussi destructeur de tout souffrent d'un système psychoaffectif et trouble de engendre une évolution relationnelle déterminée par l'adaptation avec cette liste non exhaustive : anxiété, qui traduit jalousie, haine, envie, un dépassement comparaison, domination, des capacités égocentrisme, harcèlements, d'adaptation à la vengeance et caetera » suite de facteurs de

Rodolf-Karel CANOY

stress intenses ou modérés, mais répétés.

Ce trouble de l'adaptation avec anxiété est justiciable de thérapies cognitivo-comportementales et bien souvent d'un traitement médicamenteux qui, pour le Dr Patrick Légeron, « vise à réduire la composante émotionnelle essentiellement anxieuse, tout en respectant les facultés cognitives, pour ne pas compromettre les processus d'adaptation ».

En pratique, le rôle du médecin généraliste n'est pas des moindres. Il s'agit à la fois de dépister et de diagnostiquer un stress au travail, d'évaluer ses conséquences sur la santé, d'aider à augmenter la résistance au stress, de convaincre de l'utilité d'une bonne hygiène de vie et des émotions positives et enfin d'identifier un harcèlement moral professionnel.

À cet égard, il est fondamental de repérer la chronologie de la dégradation psychologique par rapport à la survenue des faits professionnels, et savoir que le médecin généraliste ne peut délivrer aucun certificat médical de harcèlement moral professionnel.

C'est la mission d'un juge dans la mesure où le harcèlement moral professionnel est un délit selon l'article 222-33-2 du Code pénal (passible d'un an de prison et d'une amende de 15 000 euros).

DR Juliette DESTEL

MALADIE D'ALZHEIMER : L'accompagnement au quotidien

Le généraliste est au premier rang pour dépister les troubles cognitifs de ses patientes âgées et les accompagner face à l'évolution de la maladie.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer (MA) est souvent posé avec retard, alors qu'on sait que les anticholinestérasiques sont surtout efficaces au tout début de la maladie. Le médecin dispose de moyens simples de dépistage, comme les 4 IADL : savoir se déplacer seul, gérer son budget, téléphoner, prendre correctement ses médicaments. La perturbation de l'une de ces IADL est un facteur prédictif d'une entrée dans la démence dans les deux années qui suivent et doit être précisée par le Mini Mental State (MMS). Le test des cinq mots est intéressant pour tester la mémoire chez les patients qui s'en plaignent.

Le généraliste est particulièrement bien placé pour évaluer les incohérences : poser des questions sur l'orientation spatio-temporelle, repérer l'amaigrissement et l'anorexie, signes d'alerte fréquents chez ces femmes qui oublient de manger ou ne savent plus cuisiner, entendre les plaintes de l'entourage lorsque la patiente est décrite comme « différente de ce qu'elle était auparavant ». La dépression accompagne 60 % des MA, et ne doit pas être toujours attribuée à la solitude. Les troubles cognitifs peuvent se démasquer après son traitement.

Stimuler les patientes

Le médecin est souvent sollicité par la famille pour savoir comment encadrer au mieux le patient. Il est essentiel de veiller à une alimentation équilibrée, les déficits vitaminiques aggravent les troubles cognitifs et la dénutrition précipite la perte d'autonomie. L'apathie est le

plus fréquent des troubles du comportement. Il devient très difficile de stimuler ces patients, quand ils cessent de s'intéresser à leur entourage, aussi recommande-t-on de maintenir au maximum des relations sociales et des activités (sorties, cinéma, restaurant). Bien s'habiller, se maquiller, aller chez le coiffeur est indispensable. Une activité physique régulière doit être conservée, que ce soit la marche, le vélo, l'activité sportive antérieure, même si le risque de chutes est important, pour conserver au maximum les acquis et la coordination des mouvements.

Le traitement repose sur les anticholinestérasiques dans les formes légères à modérées et la mémantine en relais ou en association dans les formes modérées et sévères. Lors de l'évolution, le médecin rencontre divers problèmes, liés au traitement - une intolérance digestive aux anticholinestérasiques, qui doit être prise en charge pour ne pas arrêter le traitement (surdosage en mémantine responsable de confusion mentale) - ou à la maladie comme les troubles du comportement (apathie, agitation anxieuse crépusculaire, agitation délirante parfois accompagnée d'hallucinations, troubles dépressifs conduisant parfois à une mélancolie délirante).

L'analyse de ces épisodes oriente vers la prescription d'anxiolytiques ou d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine qui agissent aussi sur la symptomatologie frontale. La seule indication des neuroleptiques est l'existence d'éléments délirants gênants pour la patiente.

DR Maïa BOVARD-GOUFFRANT.

D'après un entretien avec le Pr Muriel RAINFRAY (hôpital Xavier-Arnoz, CHU de Bordeaux).

La fibromyalgie est une pathologie chronique complexe et peu connue. Sa prévalence serait proche de 2 à 4 %. Retrouvée dans tous les pays, cette maladie est essentiellement féminine (de 75 à 80 % des cas).

Cette pathologie peut apparaître dès 20 ou 30 ans, ou parfois dans les suites de certaines maladies, parfois éteintes comme la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjogren, le lupus érythémateux. Les conditions d'apparition des symptômes sont variables, parfois après un stress, un traumatisme physique ou psychique. Ces fibromyalgies dites réactionnelles sont particulièrement sévères.

La douleur domine la symptomatologie avec des plaintes très différentes d'un patient à l'autre; dans la grande majorité des cas, les douleurs sont diffuses (« Docteur, j'ai mal partout depuis toujours »), ce qui peut évoquer une maladie articulaire osseuse ou systémique. Plus rarement, ces douleurs sont localisées notamment au niveau du rachis (lombalgies, cervicalgies chroniques rebelles, coccygodynies rebelles).

Elles sont intenses, majorées par l'effort, le stress, le surmenage, un temps froid ou humide (a contrario le repos ou un temps sec et chaud font régresser la douleur). La symptomatologie douloureuse s'aggrave progressivement, altérant de plus en plus la qualité de vie du patient.

Les manifestations musculaires sont également fréquentes: brûlures, myalgies spontanées ou à la pression, contractures (sensation de « muscles noués ») ; elles prédominent au niveau des muscles cervicaux ou

sterno-cléido-mastoïdiens.

Même quand les myalgies sont absentes, la palpation met en évidence une sensibilité musculaire anormale à la pression au niveau de 11 des 18 zones musculaires référencées (points de Yunus), alors que l'EMG est toujours normal.

En définitive, la douleur de la fibromyalgie n'est associée à aucun signe objectif, en dehors des points douloureux à la pression.

D'autres symptômes peuvent être présents.

Une raideur matinale s'accompagnant, une fois sur trois, d'une sensation de doigts tuméfiés.

Le sommeil est fortement perturbé dans 85 à 90 % des cas, avec une asthénie matinale intense dans 55 à 100 % des cas (associée à une raideur posturale).

La fatigue est, d'ailleurs, l'un des symptômes très fréquents de la maladie, elle est fortement handicapante pour les patients. D'autres symptômes, un syndrome sec, une froideur et des paresthésies des extrémités, une livedo réticulaire, un syndrome de Raynaud.

Des migraines (de 45 à 50 %), des troubles coliques et des cystalgies à urines claires sont aussi fréquentes.

Des troubles psychiatriques sont souvent associés dans le tableau clinique de la fibromyalgie (syndrome anxiodépressif, troubles cognitifs).

Un diagnostic difficile.

Le diagnostic de la fibromyalgie est difficile à poser, d'autant plus qu'il est à ce jour un diagnostic d'élimination. Le diagnostic, selon les critères de l'ACR* 1990, repose sur la mise en évidence de l'association d'une douleur spontanée plus ou moins généralisée depuis au moins trois mois et de l'existence de points douloureux à la pression (points décrits par Yunus), siégeant soit dans une zone spontanément douloureuse, soit dans des zones non douloureuses. Suivant les auteurs le nombre des points nécessaires au diagnostic est variable. Les critères de diagnostic retenus actuellement par l'American College of Rheumatology comportent la découverte d'au moins onze points douloureux à la palpation digitale, associés à une histoire de douleur diffuse.

Pour certains auteurs, cinq points douloureux associés à trois autres critères mineurs (sommeil, asthénie, céphalées, troubles neuromusculaires ...) suffiraient.

Les examens biologiques et radiologiques sont normaux et confirment l'intégrité des surfaces articulaires et des éléments musculaires.

Le bilan de première intention (NFS, plaquettes, VS, CRP, électrophorèse des protéines, facteur rhumatoïde, ionogramme, bilan phosphocalcique, fonction rénale et hépatique, glycémie, bilan thyroïdien, enzymes musculaires) vise essentiellement à différencier les multiples affections pouvant simuler la fibromyalgie. Actuellement, aucun test biologique pour la pratique courante, spécifique de la fibromyalgie, n'existe.

Chez l'homme, la fibromyalgie revêt une symptomatologie un peu différente de celle retrouvée chez la femme.

Errance

Face à une pathologie mal définie, mal comprise, les patients « errent » souvent de longues années avant que la fibromyalgie ne soit identifiée. C'est une pathologie « coûteuse » directement (consultations, examens ...) et indirectement (arrêts de travail, absentéisme ...).

Les rhumatologues sont les praticiens les plus concernés (10 % des consultations) ; « de nombreux diagnostics - nécessitant de nombreux examens doivent être éliminés avant de poser celui de la fibromyalgie ».

Les psychiatres sont également impliqués, et voient ces patients « en dernier recours », trop tardivement.

Prise en charge multidisciplinaire

L'identification précoce de la maladie améliorerait considérablement l'efficacité de la prise en charge du patient qui se révèle multidisciplinaire.

Cette entité syndromique est au carrefour de spécialités comme la médecine physique, la neurologie, la rhumatologie, la psychiatrie, la médecine interne, l'algologie. Une prise en charge plus efficace passe par une optimisation de la coordination entre ces spécialités et par une meilleure information des patients.



Les prochaines réunions :

Les réunions ont lieu le troisième mercredi du mois
(sauf en Juillet et Août) à 20h30, Salle Sportive et Culturelle de Naveil,
Rue du Stade, Salle de Réunions des Associations, derrière la Mairie de Naveil.

Si vous souhaitez participer à l'une des réunions, veuillez en faire la demande par le biais du menu "contact". Vous recevrez une confirmation par courrier électronique. Par avance, Merci.

Sous réserve de changements de dernières minutes.

ANNEE 2009	
•Le 21 Janvier 2009	Les techniques de cœlioscopie Docteur Abi FADEL Clinique du saint-Cœur Vendôme (41)
•Le 18 Février 2009	QI GONG - Madame FAURE
•Le 18 Mars 2009	Un cas pratique Monsieur Abel JOUANEAU Bio-Energéticien sur MONNAIE (37)
•Le 15 Avril 2009	Shiatsu- Monsieur VATON
•Le 20 Mai 2009	Un cas en Phytothérapie Monsieur RAGOT
•Le Mercredi 17 Juin 2009 à 20h30 TOURS (37)	Les Ostéoporoses en 2009 Professeur MAUGARD Service de Rhumatologie Du Centre Hospitalier Universitaire de NANTES
•Le 16 Septembre 2009	Micro-immunothérapie- Monsieur PIC
•Le 21 Octobre 2009	Hypnothérapie Monsieur Jean-Michel DE BUSSEROLLE
•Le 18 Novembre 2009	Un cas en Kinésiologie Monsieur Olivier MAURIES
•Le 16 Décembre 2009	Assemblée Générale



Les membres du bureau E.D. C.A.S. :

PRÉSIDENT

Médecin Généraliste, Représentant National et International de l'association

Docteur Pierre BULLE

Pierre.Bulle@wanadoo.fr

RESPONSABLE DE LA COMMUNICATION

Expert Psychologue, Psychothérapeute et Psychologue du travail

Rodolf-Karel CANOY

canoy.expertpsy41@wanadoo.fr

ORGANISATIONS RÉGIONALES

Monique LATRON

M.LATRON@wanadoo.fr

Madeleine BEZANNIER

Écrire à : 7 Rue Creuse, 41120 CHAILLES

CHIRURGIEN-DENTISTE

Docteur GIUMELLI

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTES

Association pour le développement de l'hypnose

Jean-Michel de BUSSEROLLES

contact (Précisez la personne)

Exerçant sur Naveil (41)

Christelle POUDRAI-SASSIER

contact (Précisez la personne)

KINÉSITHÉRAPEUTE - OSTHEOPATHE

Frédéric VANPOULLE

frederic.vanpouille@wanadoo.fr

MICROKINESITHERAPEUTE

Éric DE RYCKE

contact (Précisez la personne)

CHIROPRACTEUR-IMMUNOTHERAPEUTE

Stéphane DEPONGE

stephane.deponge@wanadoo.fr

KINÉSIOLOGUES

Olivier MAURIÈS

olivier.mauries@tiscali.fr



REFLEXOLOGIE - DIEN CHAM

David DAGET
Reflexo37@tiscali.fr

ESPACE DU MIEUX-ETRE ET ARTS MARTIAUX

Alfred VATON
Alfredvaton@aol.fr
www.dojo-de-la-foret.skyrock.com

YOGA - ENERGETIQUE - KINESIOLOGIE

Professeurs diplômés
Annie et Jean-François BREUIL
contact (Précisez la personne)

MAITRE DE REIKI

Membre de l'A.F.M.R
Élisabeth D'ARCANGUES
edarcangues@caramail.com

SOPHROLOGUE - SOMATOTHERAPEUTE

Michel CLEMENT
oscar37@club-internet.fr

OSTEOPATHE

Serge A. WHERLE
osteopathie-nature@wanadoo.fr

CHANT THÉRAPEUTE

Alain DESCHAMPS
contact (Précisez la personne)

ACUPUNCTURE CHINOISE

Jean-Jacques BOBINEAU
bobineau.jean-jacques@wanadoo.fr

TRESORIERE GENERALE

Isabelle LONA
contact (Précisez la personne)

AUTRES MEMBRES

BESNIER Dominique - BOULAY Christine
BROSSILLON Pierre - CHEMINOT Sylvie
FAUCHEREAU Jean - GRIMAL Francine
LAINE Véronique - LEMELLE Mireille
METAIS Lydie - NERON Béatrice
OURY Bernadette - PITAUD Josiane
PONTET Annick - TOULEMONDE Luce
TRICOTET Yves
contact (Précisez la personne)



Numéros disponibles :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
17	Art thérapie et Monitoring	Juin 2001
18	Ondoline, Hydroxure, Immunothérapie	Octobre 2001
19	Chakras et Dépression	Février 2002
20	Hypnose et Fibromyalgie	Mai 2002
21	Dépression et Suicide	Septembre 2002
22	Mort subite et Tentative de suicide	Décembre 2002
23	Nutrition, Cancer, Bio et Pollution chimique : Enfants victimes	Mars 2003
24	Dépression et Suicide	Juin 2003
25	Handicaps, Acouphènes, Toxoplasmose, Coups et Blessures, V.I.H., Eaux minérales, Fruits et légumes, Sel, Nutrition	Septembre 2003
26	Harcèlement moral, La dépression peut constituer un accident de travail, Les bienfaits de la « cohérence cardiaque, Ni Freud, ni prozac, L'univers compliqué du light, Schizophrénie, Épisode dépressif majeur, Nutrition	Janvier 2004
27	L'environnement influence nos gènes, Stress et trouble anxieux, Nutrition, Mort subite, Les acouphènes chroni- ques	Mars 2004
28	La nutrition : votre santé passe par elle !	Juin 2004
29	Stress et Dépression	Septembre 2004
30	Nos comportements Psychoaffectifs et ses inter-corrélations : Les sentiments	Décembre 2004
31	La dépression des personnes âgées Le stress au travail Le stress chronique épuise l'immunité Dépister les formes trompeuses de la dépression La famille du déprimé : de l'incompréhension à la culpabi- lité La vulnérabilité des patients déprimés	Mars 2005
32	Allergie alimentaire et Fausses allergies	Juin 2005
33	Stress, Anxiété et Fatigue	Septembre 2005
34	Votre enfant est-il hyperactif ? Narcissisme	Janvier 2006
35	Orgasme Structures et caractères	Avril 2006



Numéros disponibles suite :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
36	Synthèse du colloque 2006 : la nutrition , une véritable médecine douce Mode d'emploi pour être sûr de soi Troubles obsessionnels compulsifs chez l'enfant et l'adolescent	Septembre 2006
37	Amoureux et Narcissiques Le père Noël entre rêve et réalité	Décembre 2006
38	Enquêtes : * Surpoids : Mieux pour la tête que le cœur * La flore intestinale impliquée dans l'obésité * Besoins en eau. Cela ne coule pas de source * Les Européens et la sécurité alimentaire * Allergiques : attention aux baisers Les édulcorants ne stimulent pas la prise alimentaire Apprendre à goûter, apprendre à choisir Perte de poids : la chirurgie bariatrique Calcium et vitamine D	Mars 2007
39	La fibromyalgie en 2007 : où en sommes-nous ?	Juin 2007
40	Le prix moral des cadeaux au moment de Noël. Stress & dépression : la musique adoucit les mœurs	Septembre 2007
41	Couple : Au secours, il m'énerve ! La fibromyalgie en 2007 : académie de médecine Les thérapies comportementales et cognitives	Décembre 2007
42	La dyslexie	Mars 2008
43	L'Arthrose : Données récentes	Juin 2008
44	Fibromyalgie et Stress	Novembre 2008



Numéros disponibles suite et à paraître :

Numéros	Thèmes principaux	Mois de parution
45	Du stress au travail à l'épuisement psychologique Pas de plais bénignes pour la main Lombalgie chronique : Prévenir l'invalidité Les facteurs d'observance aux psychotropes Les dermocorticoïdes au secours du phimosis	Mars 2009
47	Spécial Nutrition (En cours d'étude)	Novembre 2009
48	En étude	Février 2010

Si vous le souhaitez, vous pouvez adhérer à l'Association E.D. C.A.S

Coupon à couper ou à recopier puis à retourner, avec votre règlement, au : 21 Rue Paul Cézanne 41100 NAVEIL (France)

Nom et Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

Ville :

Pays :

Adhésion 2009/2010

Montant (minimum 40 € ou \$) : ,00 € ou \$ Par chèque En espèces Mandat-Lettre